

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 44-401.2; W&IC 11450.2

Use Form No. : NA 290
Original Date : 01-01-87
Revision Date : 06-01-98

MESSAGE:

El condado aprobó su solicitud con fecha de _____
para un pago suplemental por recibir ingresos reducidos.

En esta notificación se calcula la cantidad de su pago suplemental.

Tiene que solicitar un pago suplemental cada mes en que crea que
deba recibirlo.

Cantidad de pago suplemental para _____

Total de ingresos basados en incapacidad o
discapacidad de la unidad de asistencia + personas
que no forman parte de la unidad de asistencia \$ _____
Deducción de \$225 - _____
**Subtotal de ingresos no ganados no exentos
basados en la incapacidad o discapacidad** = _____

Ingresos ganados \$ _____
Menos la cantidad que no se usó de la deducción de \$225 - _____
Subtotal = _____
Deducción del 50% por ingresos ganados - _____
Subtotal = _____

Ingresos no ganados no exentos basados en la
incapacidad o discapacidad **(de arriba)** + _____
Otros ingresos contables + _____
Ingresos netos no exentos = _____
Asistencia antes de ajustes por pago excesivo + _____
Deducción por pago de mantenimiento
de hijos/esposa(o) + _____
Sanciones + _____
Total de ingresos a la disposición = _____

80%del pago máximo de asistencia \$ _____
Total de ingresos a la disposición **(de arriba)** - _____
Pago suplemental por ingresos reducidos \$ _____